

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 90

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
FORMES ANORMALES
DE
SEPTICÉMIE ÉBERTHIENNE
(Type fièvre prolongée sans localisations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Février 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon DUPRÉ

*Diplômé d'Etudes Supérieures d'Hygiène
Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie
Ancien interne des Asiles du Rhône*

Né à SAINT-AGRÈVE (Ardèche), le 25 Novembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES FORMES ANORMALES
DE SEPTICÉMIE ÉBERTHIENNE.
(Type fièvre prolongée sans localisations)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 90

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
FORMES ANORMALES
DE
SEPTICÉMIE ÉBERTHIENNE
(Type fièvre prolongée sans localisations)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Février 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon DUPRÉ

*Diplômé d'Etudes Supérieures d'Hygiène
Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie
Ancien interne des Asiles du Rhône*

Né à SAINT-AGRÈVE (Ardèche), le 25 Novembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THIEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

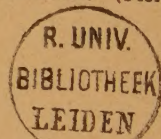
M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, président; SAVY, assesseur.

CORDIER et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



Je dédie ma thèse

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A qui je dois tout. Qu'elle lui soit
un hommage de mon profond amour.

A MES PARENTS ET AMIS

A MES PROFESSEURS ET A MES JUGES

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY,

Professeur Agrégé
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui non seulement m'a inspiré cette étude, m'a aidé de ses conseils, mais dont l'enseignement hospitalier, si lumineux, fut le pain quotidien de ma vie d'étudiant.

Je suis heureux de l'assurer ici de ma vive gratitude.

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT,

Professeur à la Faculté
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Dont j'eus le privilège d'être deux années l'élève et qui me fait le très grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE,

Doyen de la Faculté

Chevalier de la Légion d'honneur

Que je prie de recevoir ici l'assurance de ma sincère reconnaissance pour l'intérêt qu'il voulut bien me marquer durant les quelques mois où je fus son interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CHALIER,

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOCARD,

Qui est pour moi un maître précieux, spirituel et bienveillant.

AVANT-PROPOS

Durant les deux années où nous avons fréquenté le laboratoire de bactériologie et d'hygiène, suivi l'enseignement de nos maîtres, les Professeurs P. Courmont et Rochaix, nous avons pu remarquer tout l'intérêt que présente l'intime union de ces sciences à la clinique.

Ayant eu justement l'occasion de rencontrer, en écoutant chaque jour les commentaires cliniques si lumineux de notre maître, le Professeur Savy, un de ces cas qui nécessitent l'étroite collaboration de la Clinique, de la Bactériologie, de l'Hygiène, nous avons cru, avec le Professeur Savy, qu'il ne serait pas inutile, étant donné aussi la rareté de cette modalité d'infection, d'en faire l'objet de notre étude.

Toute notre gratitude va donc ici à MM. les Professeurs Courmont et Savy, dont les précieux conseils nous ont permis de mener à bien cette thèse.

Nous avons pu réunir la plus grande partie de la bibliographie à la Bibliothèque de l'Asile de Bron. C'est dans cet établissement aussi que nous poursuivons notre formation psychiatrique, sous l'éminente direction de M. le Professeur Lépine, doyen de la

Faculté, que nous assurons de notre vive reconnaissance, pour toute la bienveillance qu'il n'a cessé de nous marquer. Nous n'aurions garde d'oublier non plus MM. les Docteurs Courjon, Condemine et Doderro, dont nous avons apprécié les cordiaux conseils.

Et cette initiation psychiâtrique ne nous fut nulle part aussi précieuse que durant notre préparation au diplôme de Médecine Légale, sous l'enseignement magistral de MM. les Professeurs Etienne Martin et Mazel.

Le stage passionnant que nous accomplissons en ce moment, dans le laboratoire de notre maître réputé, le Docteur Locard, en collaboration constante et particulièrement cordiale avec le Docteur Taupin, nous fait apprécier une fois encore le lien étroit qui unit et l'immense intérêt que présentent ces branches, si éloignées en apparence, du grand Art médical.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES FORMES ANORMALES
DE SÉPTICÉMIE ÉBERTHIENNE.
(Type fièvre prolongée sans localisations)

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre la description de cette forme très anormale de septicémie éberthienne, qui fait plus particulièrement l'objet de cette étude, il nous semble nécessaire de jeter un coup d'œil sur les si nombreuses et si différentes manifestations pathologiques dues au bacille d'Eberth.

Si, en 1880, au moment de la découverte par Eberth du bacille qui porte son nom, on rendit celui-ci responsable de la seule dothiéntérie classique, les observateurs, armés de cet indiscutable critère qu'est la présence de l'agent spécifique dans les organes atteints, furent bientôt amenés à élargir considérablement le cadre des manifestations éberthiennes.

Alors, se multiplièrent les formes anormales de « fièvre typhoïde », et en 1896, la découverte par Widal du séro-diagnostic apporta une preuve de plus et permit au clinicien lui-même de dépister plus

souvent l'origine éberthienne d'affections à symptomatologie soit extrêmement fruste, soit extrêmement atypique.

Ces formes anormales déroutaient d'ailleurs les cliniciens, car, quoique, dès 1886, Neuhaus, puis Curshmann aient décelé le bacille dans les taches rosées, quoique Bouchard, Seitz, Berlioz, en aient constaté la présence dans les urines des malades, LA FIÈVRE TYPHOÏDE ÉTAIT CONSIDÉRÉE AVANT TOUT COMME UNE AFFECTION LOCALE A RETENTISSEMENT GÉNÉRAL.

Shotmüller, un des premiers, commença à ébranler la créance prêtée universellement à la loi de Wyssokovitch, Barjon et Lesieur (in *Journal de Path. gén. et Physiol.*, 1902), attirèrent également l'attention sur les résultats positifs de l'hémoculture, et Courmont enfin (1902) montra la constance de cette éberthémie.

Ces observateurs prouvèrent en outre que la présence du bacille infectant pouvait être décelée dans le sang, avant l'apparition de n'importe quelle manifestation viscérale pathologique.

La notion de septicémie éberthienne était née, et Bezançon et Philibert s'appuyant sur leurs propres observations, sur d'autres fournies notamment par Courmont, qui venait de perfectionner encore la technique d'ensemencement, par Widal, Lutier et Lemierre, purent écrire :

« *La présence du bacille d'Eberth est constante dans le sang des typhiques*, si légèrement atteints qu'ils paraissent. » Cette notion ferme leur permit

d'adopter une conception pathogénique neuve et de conclure :

« DANS TOUS LES CAS L'INFECTION EBERTHIENNE EST UNE INFECTION GÉNÉRALE, AVEC OU SANS LOCALISATIONS SECONDAIRES SUR L'INTESTIN, et non une infection primitive, localisée au système lymphoïde intestinal, s'accompagnant secondairement de septicémie.

Cette conception adoptée également par M. le Professeur Audibert dans son livre sur le « *Processus Eberthien* » (1909), permet de ranger sur un même plan que la dothiéntenterie les nombreux cas signalés dès 1886 « d'atteintes Eberthiennes localisées à un seul organe en dehors de toute typhoïde, affections qui ne sont, comme la typhoïde elle-même, que des modalités de la septicémie Eberthienne, modalités toutes en rapport évidemment avec :

1° La virulence du germe.

2° La résistance et les réactions de l'organisme en général et des organes en particulier.

Et c'est d'après ces données, et en nous plaçant avant tout au point de vue clinique, que nous allons tout d'abord classer brièvement les « *Processus Eberthiens* » pour situer exactement dans son cadre nosologique ce type si anormal de septicémie à bacilles d'Eberth, dont nous rapportons une observation.

CLASSIFICATION DES AFFECTIONS A BACILLE D'EBERTH.

I. — GROUPE DES SEPTICÉMIES ÉBERTHIENNES TYPHIQUES OU FACILEMENT DIAGNOSTICABLES :

- A. — Thyphoïde classique.
- B. — Syndrômes typhiques sans ulcérations intestinales.

II. — GROUPE DES SEPTICÉMIES EBERTHIENNES TRÈS ATYPIQUES OU DIFFICILEMENT DIAGNOSTICABLES

- A. — Septicémies Eberthiennes avec localisations ou manifestations anormales et absence de tableau clinique et de courbe thermique régulière.
 - B. — Septicémies Eberthiennes à forme de fièvre prolongée sans localisations.
-

I. — Groupe des Septicémies Eberthiennes typiques.

A. — Fièvre Thyphoïde Classique.

Décrite par Bretonneau, puis individualisée en 1829 par Louis, dans son livre intitulé : « *Recherches anatomiques, pathologiques, thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique, typhoïde* », étudiée depuis par de nombreux auteurs, cette affection est caractérisée cliniquement :

1^o — *Par des signes généraux.*

Traduisant la réaction de l'organisme à l'égard du bacille infectant.

a) FIÈVRE. — Processus essentiellement banal, mais revêtant ici une allure caractéristique. La température, suit, en effet, dans ses variations, une marche cyclique dont Jaccoud, dans ses « *Leçons cliniques* » compare la traduction graphique aux trois côtés supérieurs d'un trapèze : après une période d'oscillations ascendantes durant 4 à 5 jours, la température se

maintient élevée durant une huitaine ; à ce stade d'oscillations stationnaires succède la période des oscillations descendantes et la défervescence en lysis s'accomplit en une huitaine de jours.

Sans que l'on adopte à ce sujet l'opinion trop catégorique longtemps admise, savoir : « toute fièvre qui atteint 40° au 2^e jour n'est pas une typhoïde » opinion dont Jaccoud lui-même faisait déjà justice dans ses cliniques, sans que l'on pose en principe la rigoureuse superposition du graphique thermique de toute typhoïde au schéma tracé ci-dessus, on peut admettre cependant que *dans l'immense majorité des cas, les trois stades fébriles, avec leur durée respective, sont nets dans la dothiënenterie.*

b) LA PROSTATION, est profonde, c'est une perte complète des forces, rendant tout effort, tout mouvement, extrêmement pénible; elle va même jusqu'à la stupeur (Tuxos), caractéristique de l'état typhique.

c) LA LANGUE, d'abord blanche au centre, rouge sur la pointe et les bords, devient plus tard sèche, rouge, fendillée (langue rôtie).

d) L'HYPERTROPHIE SPLÉNIQUE est précoce et marquée.

e) TACHES ROSÉES ET ULCÉRATIONS PHARYNGÉES, parfois fugaces, manquent toutefois rarement.

f) LA BRONCHITE ET L'ALBUMINURIE, loin d'être des complications, sont des signes également de dothiënenterie (albuminurie dans plus de 35 % des cas, d'après M. le Professeur Chalier).

2° — ***Par des signes abdominaux et intestinaux.***

DIARRHÉE caractéristique, jus de melon, en rapport avec *les ulcérations intestinales* (Plaques de Peyer), qui caractérisent la dothiéntérie au point de vue anatomo-pathologique.

MÉTÉORISME, douleur à la palpation de l'abdomen, gargouillement dans la fosse iliaque gauche.

3° — ***Par des complications.***

Soit intestinales : hémorragies, perturbations.

Soit générales : pouvant affecter tous les appareils, mais touchant cependant certains avec prédilection.

4° Enfin, en présence d'un tel tableau clinique, le diagnostic de fièvre typhoïde, quoique déjà très assuré, doit être vérifié par ***la recherche des signes de laboratoire.***

1° SÉRO-DIAGNOSTIC DE WIDAL.

2° HÉMOCULTURE.

B. — Fièvres typhoïdes ou manque la localisation principale (pas d'ulcérations intestinales).

Déjà Louis lui-même qui admettait cependant en principe la nécessité de trouver des lésions intestinales pour poser le diagnostic de dothiéntérie, considéra cependant comme typhoïde véritable un cas (52° observation) où l'autopsie au 55° jour ne permit

de déceler aucune modification pathologique de l'intestin.

Successivement de nombreux auteurs, après 1880, époque à laquelle il devint possible d'avoir en la constatation de l'agent pathogène une base solide de diagnostic, apportèrent des observations de « *dothiënenteries sans lésions intestinales* ». Mais c'est surtout après la découverte du séro-diagnostic de Widal que les observations, beaucoup plus probantes cette fois, se multiplièrent.

Admettre la réalité de cette forme, était, dès lors, accepter une révolution dans la conception pathogénique des manifestations Eberthiennes, limitées toutes jusqu'à cette époque à la dothiënenterie classique, affection intestinale à retentissement général.

M. Barjon et Lesieur, en 1901 (In *Journal de Physiol. et Path. Générale*), en publient un cas particulièrement net. Leur malade présenta un état typhique avec diarrhée abondante, un peu de météorisme, des taches rosées, une fièvre oscillante, de la submatité des bases, un séro-diagnostic positif, une hémoculture positive et l'autopsie ne permit de déceler ni lésions intestinales, ni altérations de la rate.

MM. Bezançon et Philibert, en 1904, (*Journal de Physiol. et Path. gén.*), font l'historique de la question, colligent les observations parues (Bozzolo, Karlinski, Kuhlmann, Blumenthal, Picchi, Guizetti). Même si on écarte des observations douteuses (on a simplement obtenu, après la mort, par culture d'organes, un bacille identifié au bacille d'Eberth, surtout à cause de ses caractères cultureux sur pomme de

terre), il reste tout de même sept observations (IV, VI, VII, X, XII, XIV, XVI) réellement probantes. Dans la majorité de ces observations, le malade présentait un état typhique, avec quelques taches rosées, fièvre oscillante, diarrhée plus ou moins abondante, même parfois du météorisme, alors que l'autopsie permit de constater l'absence absolue d'ulcérations intestinales.

MM. Sacquepée et Chevrel (in *Progrès Médical*, 1909) rapportent encore deux cas où, après le contrôle du diagnostic par les moyens de laboratoire (hémoculture, séro-diagnostic), l'autopsie ne décèle aucune lésion intestinale. Dans ces deux cas encore, diarrhée et météorisme étaient bien marqués.

Donc, au point de vue clinique, dothiéntérie classique et Septicémie Eberthienne sans localisation intestinale, du moins dans les cas graves terminés par la mort, se présentent d'une façon quasi analogue.

IL ARRIVE ÉVIDEMMENT QUE CETTE INTÉGRITÉ ANATOMIQUE DE L'INTESTIN SE TRADUISE PAR UNE ABSENCE TOTALE DE SIGNES ABDOMINAUX ET INTESTINAUX, et c'est alors dans ce cas un excellent signe de diagnostic. On peut trouver aussi une constipation opiniâtre (obs. de Karlinski, *Wiener Clin. Woschen.*, 1891 ; obs. de Farcy, étudiée sous le nom de forme cardiaque de la Sept. Eberth., in *Thèse Paris*, 1909 ; obs. de Bruno Policl., fas. 33, n° 42, p. 1025).

MAIS, DANS LA PLUPART DES CAS, PUBLIÉS APRÈS VÉRIFICATION ANATOMIQUE, ON A NOTÉ UNE DIARRHÉE PLUS OU MOINS ABONDANTE, QUELQUEFOIS ACCOMPAGNÉE DE MÉ-

TÉORISME et douleurs intestinales. La diarrhée ne doit donc jamais faire écarter le diagnostic de Septicémie Eberthienne sans localisation intestinale ; elle n'est d'ailleurs paradoxale qu'en apparence, car il s'agit ici d'une diarrhée toxique et non d'irritation locale.

Dans ces formes, en outre, la rate est généralement grosse, mais peut aussi ne pas présenter d'altérations appréciables (cas de M. le Prof. Barjon) ; la langue est rarement rôtie ; les ulcérations pharyngées, les taches rosées manquent parfois, et seulement dans les cas où l'intoxication du sujet est profonde et où l'affection se termine par la mort, on note une atteinte marquée de l'état général : asthénie profonde, température à 40°, pouls à plus de 100.

Mais il est rare que les affections de ce groupe affectent une allure aussi dramatique, et, dans la grande majorité des cas, l'infection est beaucoup moins massive. Alors, *l'atténuation des symptômes accessoires de dothiéntérie*, la conservation d'un état général peu touché, et surtout *l'absence ou, en tout cas, l'atténuation des signes abdominaux (diarrhée, météorisme)* font seuls juger de l'absence de localisation intestinale. L'affection, en effet, évolue vers la guérison, ce qui rend impossible la preuve anatomique.

MAIS, EN SOMME, DANS TOUS CES CAS ENCORE, LE DIAGNOSTIC D'EBERTHIÉMIE, QUOIQUE DÉJÀ PLUS DIFFICILE, SE FAIT NÉANMOINS CLINIQUEMENT :

1° SOIT GRACE A L'APPARITION DE QUELQUE SIGNE CA-

RACTÉRISTIQUE, tel que : taches rosées, ulcérations pharyngées ;

2° SOIT GRACE A LA COURBE THERMIQUE, reconnaissable en ses éléments essentiels.

On pense à une « fièvre typhoïde », et le SÉRO-DIAGNOSTIC OU L'HÉMOCULTURE CONFIRMENT LE DIAGNOSTIC.

II. — Groupe des Septicémies Eberthiennes très atypiques.

Ce deuxième groupe de faits comprend tout d'abord les SEPTICÉMIES EBERTHIENNES DONT L'ALLURE EST TOUT A FAIT ANORMALE, MAIS RICHES CEPENDANT EN SYMPTÔMES, QUI NE RAPPELLENT EN RIEN LE TABLEAU TYPHIQUE HABITUEL, SE PROLONGENT PARFOIS DURANT PLUSIEURS MOIS ET NE SE DIAGNOSTIQUENT QUE PAR L'HÉMO-CULTURE SYSTÉMATIQUE et pratiquée sans idée préconçue, qui révèle le bacille d'Eberth, OU PAR UN SÉRO-DIAGNOSTIC POSITIF.

A. — Septicémies Eberthiennes avec localisations ou manifestations anormales, absence de tableau clinique et des caractères typiques de la courbe thermique.

Comme l'indique le titre, nous rangeons dans ce groupe à la fois les cas où le bacille d'Eberth se localise d'une façon certaine à un seul organe (Eberthite primitive), et les cas où la manifestation organique pathologique dépend, semble-t-il, plutôt de la toxhémie Eberthienne.

Dans toutes ces affections, *l'origine Eberthienne est extrêmement difficile à soupçonner*, et on comprend qu'étant donné la rareté des cas publiés jusqu'à présent (d'abord réunis par MM. Bezançon et Philibert, puis par le Professeur Audibert), il vienne peu à l'esprit de faire un séro-diagnostic T chez des malades atteints, par exemple, de pleurésie ou de méningite cryptogénétiques.

Il est des cas cependant où l'heureuse apparition de quelqu'un des signes habituels de la toxi-infection Eberthienne (taches rosées, ulcérations pharyngées) viendra mettre sur la voie de l'étiologie, à moins qu'elle ne demeure encore méconnue.

Le bacille d'Eberth a été, en effet, trop longtemps considéré comme l'ennemi du seul intestin et ce n'est que depuis peu qu'on a démasqué en lui « *le bacille à tout faire* » (Audibert).

Une brève nomenclature de quelques cas signalés suffira d'ailleurs à nous convaincre de la réalité de ce groupe d'affections et de la variété de leurs allures cliniques.

Appareil Broncho-Pulmonaire.

Il est touché, d'ailleurs plus ou moins légèrement, dans toutes les affections Eberthiennes, mais il peut être principalement et même seul atteint.

Bryant (*British Medical Journal*, 1909) rapporte un cas de broncho-pneumonie, d'origine Eberthienne, sans localisations intestinales ou autres ayant entraîné la mort chez un enfant.

MM. Chantemesse et Widal, Du Cazal (*Bulletin Médical*, avril 1894) rapportent plusieurs cas analogues.

MM. Courmont et Savy (*Journal de Physiol. et Path. générale*, 1912) publient à ce sujet une observation particulièrement probante, que nous résumons brièvement.

Femme, 38 ans, présente durant 3 mois une température élevée, irrégulière, à grandes oscillations, avec signes pulmonaires prédominants (râles humides confluents, sans souffle, dans toute l'étendue des deux poumons, avec expectoration extrêmement abondante et purulente. Ulcération du pilier antérieur ayant persisté une quinzaine de jours, légère hypertrophie splénique. Albuminurie. Pas de taches rosées, pas de symptômes intestinaux ou abdominaux (ni météorisme, ni diarrhée).

2 séro-diagnostics positifs à 1/10 et 1/50.

1 hémoculture positive (sur 6 pratiquées) décelant du bacille d'Eberth, Eberthurie.

Plèvres.

Dans l'observation de MM. Charrin et Roger (*Bulletin de la Soc. Méd. Hôp.*, 1891), le liquide pleural de leur malade, mort des complications pulmonaires de sa pleurésie,ensemencé sur agar, donna du bacille d'Eberth, alors qu'intestin et plaques de Peyer étaient absolument normaux.

Foie et Vésicule.

Le foie et la vésicule sont presque aussi souvent touchés que l'intestin, dans la dothiéntérie classique, mais le Professeur Audibert relate plusieurs cas

d'ictères infectieux Eberthiens primitifs (loc. cit.) et les cholécystites Eberthiennes primitives sont encore plus fréquentes.

Etienne et Théry (*Arch. G. de Médecine*, 1907, p. 97) relatent également un cas d'ictère catarrhal Eberthien primitif, chez un vieillard.

M. Panayotatou (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, janvier 1920) publie un cas de cholécystite suppurée Eberthienne sans signes abdominaux.

Appendice.

Blum (*in Semaine Médicale*, 1907) publie un cas tout à fait probant d'appendicite sans lésions typhoïdiques de l'intestin, avec un séro-diagnostic positif à 1 %.

Thyroïde.

Obs. de Kummer et Tavel (*Revue de Chirurgie*, 1891), Thyroïdite aiguë chez un sujet de 26 ans, porteur d'un goître depuis l'âge de 12 ans. La tumeur extirpée montre, à l'examen direct et par culture, d'authentiques bacilles d'Eberth. Pas de symptômes abdominaux ou autres.

Septicémie Eberthienne à forme articulaire.

A côté des observations anciennes dues à MM. Barjon et Lesieur, signalons-en deux plus récentes, publiées par MM. Savy et Bouchut (*Lyon Médical*, 1913).

En 1920, M. Henry Bourges présente à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris les observations de

deux sujets, non vaccinés et indemnes jusque-là de typhoïde, qui présentèrent un état infectieux, d'une durée de quatre à cinq semaines, caractérisé, au point de vue clinique, par une suite d'accès fébriles à caractère intermittent, un syndrome articulaire, de l'hypersplénie, une adynamie nette. Dans ces deux cas, l'affection a évolué sans aucun autre signe de dothiéntérie. Leur séro-diagnostic était positif à un taux élevé.

Septicémie à forme cérébrale.

MM. Vaillard et Vincent (*Bull. de la Soc. Méd. Hôp.*, 1890) signalent le cas d'un malade ayant présenté, au cours d'une infection dont l'étiologie fut révélée par l'hémoculture (Eberth), un syndrome d'excitation cérébrale. Il n'y avait pas de phénomènes abdominaux et l'autopsie ne révéla ni ulcérations ni altérations intestinales.

M. Audemar (*Thèse Lyon*, 1899) publie un cas d'accès maniaque à début brusque. Pas de signes abdominaux, séro positif à 1/200. Mort. A l'autopsie, intestin sain et méninges congestionnées.

Septicémie à forme anémique.

La septicémie à forme anémique, qui fait l'objet de la thèse du Docteur Maynal, inspirée par M. le Professeur Savy (Lyon, 1922), M. Maynal, de cinq observations, tire les conclusions suivantes :

« Il existe une forme de Septicémie Eberthienne caractérisée par une anémie intense, une hypersplé-

nie et une température élevée. Le diagnostic peut être difficile, surtout avec l'endocardite infectieuse, mais l'hémoculture révèle la nature Eberthienne de cette septicémie.

B) D'autres Septicémies Eberthiennes non seulement ne présentent NI LE TABLEAU CLINIQUE RÉVÉLATEUR DE LEUR ÉTIOLOGIE, NI LES CARACTÈRES TYPIQUES DE LA COURBE THERMIQUE, MAIS ENCORE NE DONNENT NULLEMENT LIEU, comme les précédentes du même groupe, A QUELQUES LOCALISATIONS OU MANIFESTATIONS ORGANIQUES QUELCONQUES.

De ces affections particulièrement pauvres en symptômes et que l'on serait dans l'impossibilité de rapporter cliniquement à leur cause, le Professeur Savy a observé un cas qu'il nous a paru intéressant de publier.

OBSERVATION I

(Hôtel-Dieu, Salle Chavannes)

(Service de M. le Professeur SAVY)

R... Suzanne, 64 ans.

Le malade entre à l'Hôpital le 11 septembre 1924 parce qu'elle présente depuis 3 semaines un état fébrile avec courbature et lassitude.

A. P. — Pas de maladies d'enfance, pas de signes d'imprégnation bacillaire. Elle a toujours au contraire joui d'une excellente santé. Non mariée, pas d'enfants, pas de fausses-couches. Réglée régulièrement, ménopause normale à 54 ans. Pas de métrorragies depuis.

A l'âge de 30 ans, la malade avait eu dans le membre su-

périeur gauche des douleurs rhumatoïdes, sans fièvre ni tuméfaction appréciable des articulations. Mais depuis elle aurait souvent présenté des douleurs analogues, surtout aux membres inférieurs. On lui aurait même fait des pointes de feu sur le genou gauche, et elle aurait cette fois remarqué que ses genoux étaient gros, sans qu'il y ait eu d'inflammation articulaire nette. Aucun traitement salicylé par voie buccale, simples applications locales de salicylate de méthyle.

ACTUELLEMENT, 11 *septembre* : Elle se plaint de douleurs dans le membre inférieur droit, douleurs de type sciatique, provoquées par la pression à l'origine du nerf, s'irradiant dans la cuisse et quelquefois jusqu'au talon. Cette douleur est rendue plus vive par la recherche du signe de Lasègue. Pas d'atrophie musculaire ni d'abolition du réflexe achilléen.

L'affection actuelle a débuté il y a 3 semaines (20 août 1924) par des frissons, une céphalée intense et de la fièvre sans autres douleurs (à ce moment la malade toussait un peu. 2 jours après, vomissements alimentaires et bilieux, s'étant reproduits environ 6 fois depuis 3 semaines.

Pendant tout ce laps de temps elle est restée alitée, ne présentant qu'une lassitude extrême, avec fièvre probable, quoique la température n'ait pas été prise régulièrement. Elle n'a jamais souffert du ventre. Aucune douleur non plus dans l'hypocondre droit ou les fosses iliaques, la malade se plaignait seulement d'une pesanteur gastrique marquée. Durant toute cette période pas de diarrhée, pas d'ictère, pas d'hémorragies.

A L'EXAMEN : Femme grasse, à bon état général. Température à 38°. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Appareil digestif : Langue saburrale. Pas d'angine. Abdomen non météorisé, souple mais paroi très épaisse gênant la palpation. Pas d'ascite. Le foie ni la rate ne sont pas perceptibles. Aucun point douloureux ni dans la zone vésiculaire, ni dans la fosse iliaque droite. Il n'y a aucune tumeur ou masse anormale perceptible dans l'abdomen.

Pas de subictère des conjonctives et des muqueuses.

Appareil pulmonaire : En arrière et à gauche râles sous-

crépitants à la base. Pas de soufflé. Respiration un peu soufflante au sommet droit sans bruits surajoutés. Pas de dyspnée, pas de cyanose.

Appareil cardio-vasculaire : Cœur : bruits réguliers, pas d'arythmie.

Tension : 12-7 (Gallav.Vaquez).

Système nerveux : Réflexes tendineux normaux. Pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Articulations : Rien d'anormal. Au genou gauche, cicatrices de points de feu signalées plus haut. Pas d'épaississements synoviaux. Pas d'hydarthrose. Pas de modifications des saillies osseuses. Rien au genou droit. Pas de douleurs à la palpation ou aux mouvements passifs :

Le 20 septembre : Devant la persistance de la courbe thermique qu'aucune cause n'explique on fait une prise de sang pour séro-diagnostic typhique. Le laboratoire de bactériologie de la Faculté de Lyon répond : faiblement positif pour Eberth $+1/50$ — $1/100$, négatif pour Para A et B à $1/10$.

Le 26 septembre : La malade a eu hier soir un grand frisson, c'est le deuxième depuis qu'elle est dans le service. Il a duré au moins 20 minutes. Toujours pas de diarrhée. Rien aux bases ni au cœur. Langue sèche.

Le 4 octobre : L'état est stationnaire. On fait une prise de sang pour hémoculture.

Le 7 octobre : L'hémoculture donne après 48 heures d'étuve un bacille mobile à Gram négatif. Le repiquage de ce bacille sur milieux différentiels montre qu'il s'agit de bacille d'Eberth.

Le 4 novembre : On demande au laboratoire de faire un auto-vaccin au cas où il aurait conservé la culture. Mais celle-ci ayant été jetée on doit renoncer à ce moyen thérapeutique.

Le 15 novembre : On fait une nouvelle prise de sang pour séro-diagnostic. Cette fois séro très positif pour Eberth ($1/250$) négatif pour para A et B (A — $1/50$, B $+1/30$ — $1/50$).

Le 17 novembre : Vu la persistance de quelques râles sous-

crépitants à la base gauche on fait rechercher le bacille de Koch après homogénéisation. On n'en trouve pas.

Le 18 novembre : Dosage de l'albumine dans l'urine des 24 heures :

Volume total.....	1 litre
Albumine.....	0 gr. 24

Le 20 novembre : La malade ne présente aucun symptôme objectif. La température oscille toujours entre 37° et 38°. Elle n'a pas eu d'autre frisson depuis environ 30 jours. L'auscultation du cœur et du poumon est entièrement négative. La malade a bon appétit et ne présente pas de symptômes digestifs. La rate et le foie ne sont pas perçus.

Pas de taches rosées. Pas d'ulcération du voile du palais. Pas de clapotement ou douleur cœcale. Le ventre est souple, non météorisé.

On fait une nouvelle prise de sang pour hémoculture, avec prière de faire si possible un auto-vaccin.

Le 25 novembre : L'hémoculture est restée stérile après 4 jours d'étuve.

Le 1^{er} décembre : Frisson intense ayant duré 5 minutes.

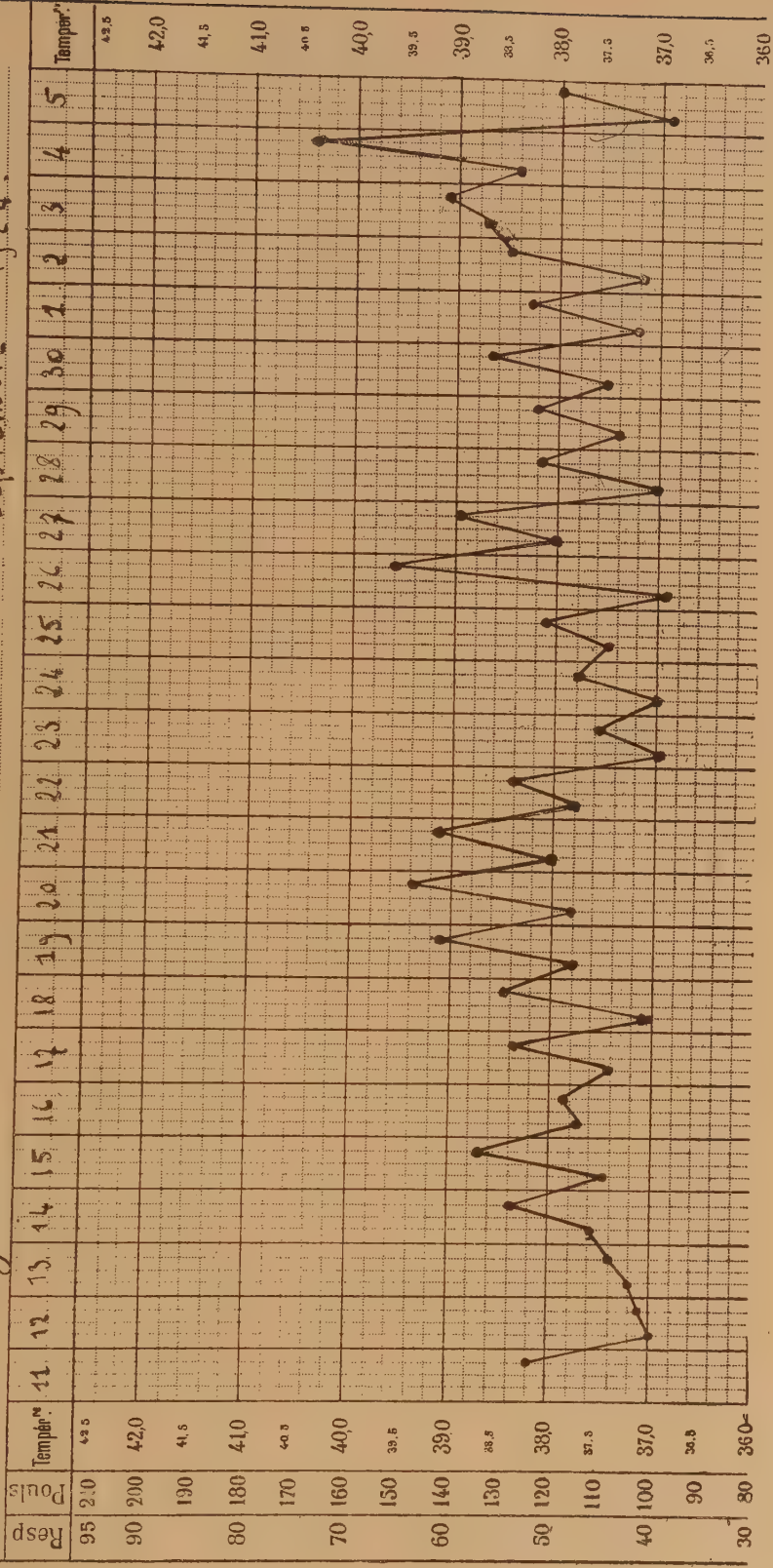
Le 5 janvier : La malade ne se plaint que d'un peu de lassitude et de douleurs, surtout au membre inférieur gauche. Aucun signe d'inflammation articulaire. Température sub-fébrile.

Le 5 février : La malade quitte l'hôpital, plus de température, seules persistent encore quelques douleurs au genou gauche.

Elle peut être considérée comme guérie.

R... Suzanne

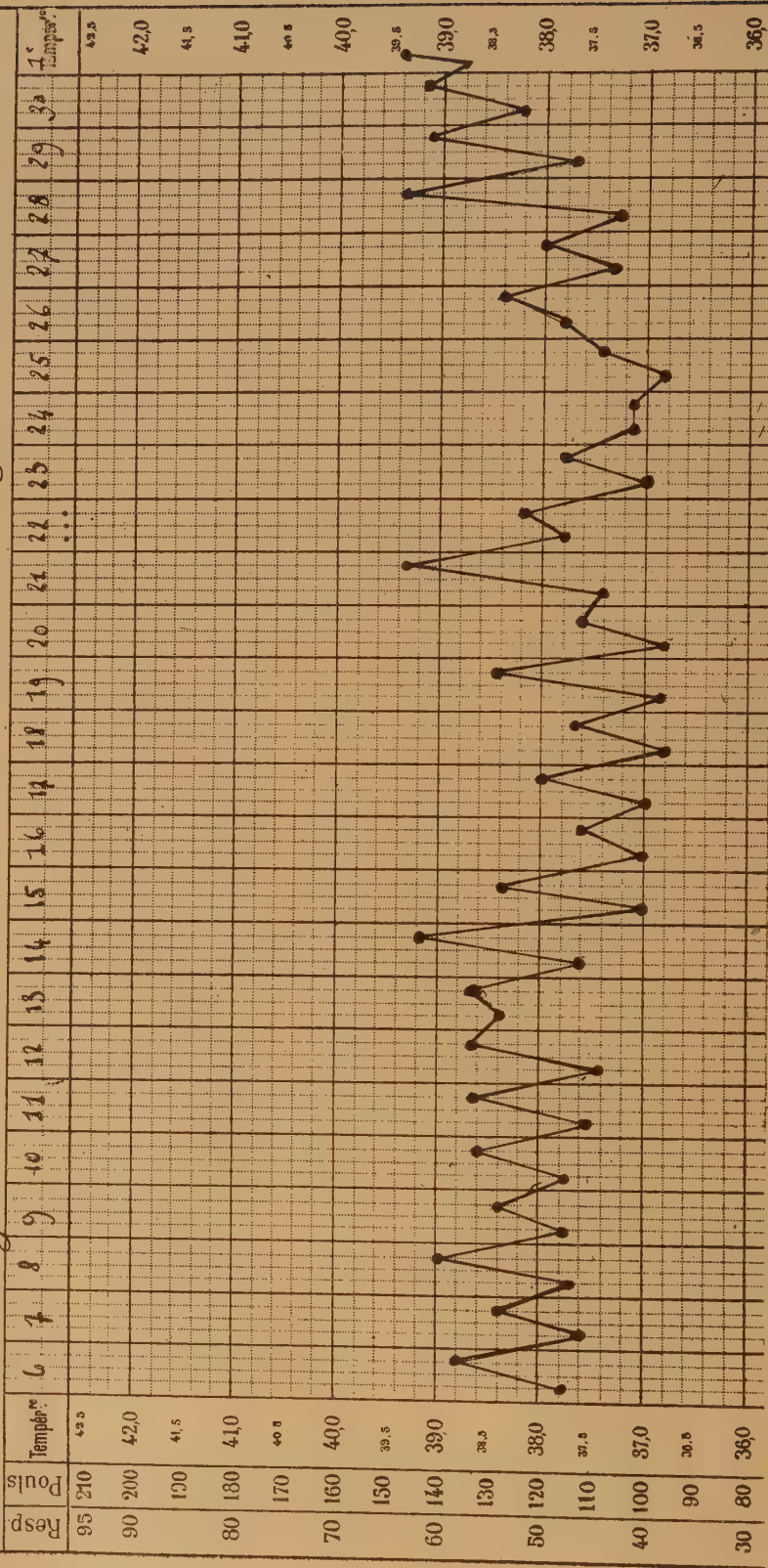
Septembre 1924



Salle Charanne N° 8

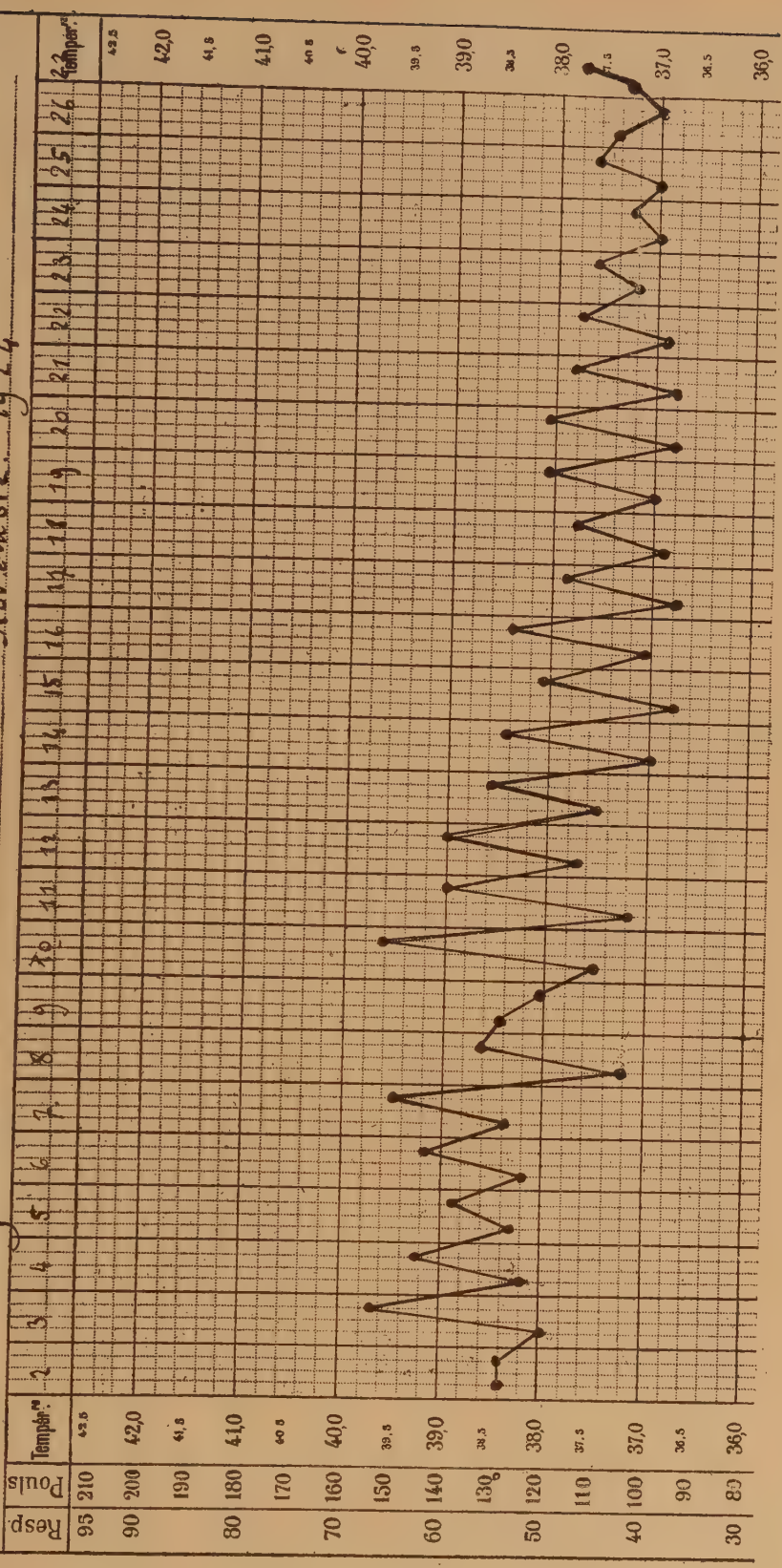
Nom R. Suzanne

Octobre 1924



Nom R Suzanne

November 1924



N^o 8

33

Nom R... Suzanne

Decembre 1924

Resp.	Pouls
-------	-------

Temp^{er}:

569

157

014

808

100

22

390

38,5

3

37.0

2

000

Tampér:

425

3

017

405

—

39,5

390

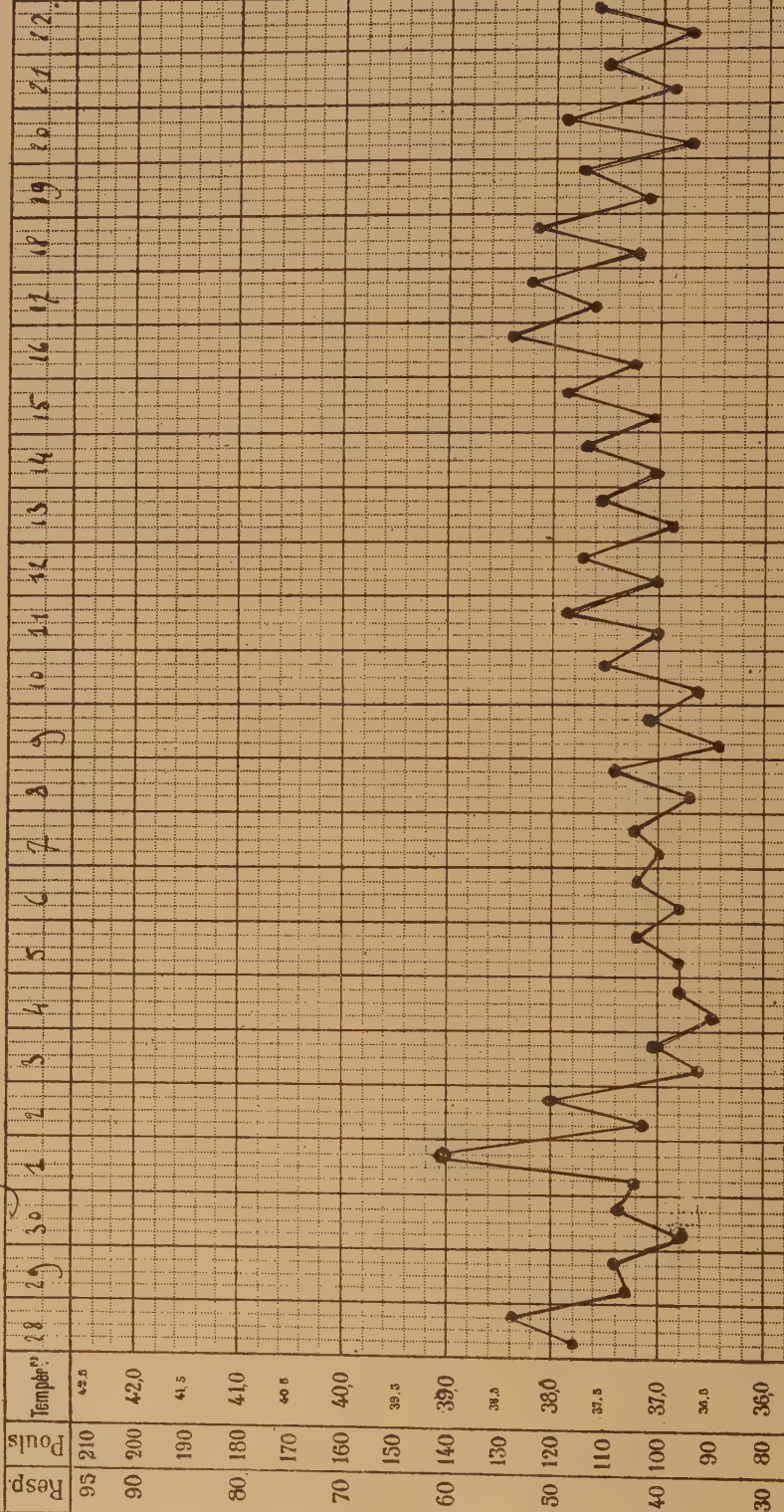
3

0,00

37.3

050

36,0



Étude Clinique.

Audibert, dans son livre sur le Processus Eberthien, propose une classification des septicémies pures à bacille d'Eberth, qui nous a semblé trop théorique (suraiguës, aiguë, subaiguë et chroniques).

Et c'est dans le cadre des Septicémies Eberthiennes pures chroniques qu'il range l'unique observation qui lui a permis d'individualiser cliniquement cette affection. Son observation, semblable en quelques points à la nôtre, en diffère radicalement par ailleurs. Nous la donnerons un peu plus loin. Mais il nous paraît un peu illogique d'appliquer le qualificatif de chronique à une affection dont la durée ne dépasse guère quatre mois, ce terme devant être réservé, nous semble-t-il, aux troubles dont la persistance ou l'évolution occupent une grande partie de la vie.

Aussi, dans l'essai de classification clinique des affections Eberthiennes dont nous avons fait précéder cette observation, nous rangeons simplement ce cas parmi les « FORMES ANORMALES DE SEPTICEMIE EBERTHIENNE, A TYPE DE FIEVRE PROLONGEE SANS LOCALISATIONS ».

Symptomatologie.

Comme nous le voyons dans l'observation prise le jour même de l'entrée de la malade salle Chavannes, à l'Hôtel-Dieu, il s'agit d'une femme, habitant Lyon, jouissant d'un bon état général, âgée de 64 ans et qui ne présente *dans ses antécédents rien qui puisse faire penser à une atteinte Eberthienne antérieure* (ni fièvre typhoïde, ni fièvre muqueuse). Ce fait a son importance, car MM. Barjon et Lesieur, et d'autres auteurs après eux, suggèrent que l'absence de syndrome intestinal dans les septicémies à bacilles d'Eberth pourrait s'expliquer par une atteinte intestinale antérieure, ayant réalisé une sorte de vaccination locale.

L'affection qui amène cette femme à l'hôpital débute le 20 août, par des frissons, de la céphalée, quelques vomissements alimentaires et bilieux.

Ces symptômes se rencontrent évidemment au début de la dothiéntérie classique, mais peuvent également être le prélude d'affections bien différentes. N'était-ce la durée anormale du malaise, on aurait facilement étiqueté « Embarras gastrique fébrile » cet état pathologique, d'autant plus que le début avait été relativement brusque et que les vomisse-

ments se reproduisirent plusieurs fois en peu de temps.

Ce n'est qu'après trois semaines de cet état, durant lesquelles la malade, alitée dès les premiers jours, se sentait surtout lasse et fébrile, que celle-ci finit pas s'inquiéter de la persistance de ce malaise général et se décide à solliciter son admission à l'hôpital.

L'examen soigneux, fait à l'entrée, le 11 septembre, ne RÉVÈLE AUCUN SYMPTÔME OBJECTIF, PAS DE SIGNES ABDOMINAUX, pas de points douloureux vésiculaire, hépatique ou appendiculaire, pas de subictère, pas d'angine. Le cœur et le pouls sont normaux, LA RATE N'EST PAS PERÇUE, tout au plus l'auscultation révèle-t-elle quelques râles sous-crépitaunts à la base gauche, mais RIEN, EN SOMME, N'EXPLIQUE LA TEMPÉRATURE ÉLEVÉE, seul symptôme objectivant l'état pathologique.

La malade est mise en observation, et huit jours plus tard, devant la persistance d'une fièvre élevée, irrégulière, dont aucun autre symptôme n'est venu encore révéler l'origine, on fait, par acquit de conscience, plutôt que par conviction, une prise de sang pour séro-diagnostic. Le laboratoire de la Faculté de Lyon répond : Séro négatif pour para A et B, faiblement positif pour Eberth (+ 1/50 — 1/100).

Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde très anormale, ou plutôt d'une Septicémie Eberthienne, ce que démontra d'ailleurs une hémoculture ultérieure décelant le bacille d'Eberth. Plus tard, un nouveau séro-diagnostic fut positif cette fois à 1/250, alors que, à cette époque, et nous insisterons plus tard sur ce point, des hémocultures successives restèrent négatives.

Durant les cinq mois que la malade demeura dans le service, où nous eûmes l'occasion de la voir presque chaque jour, la courbe thermique, que nous étudierons d'ailleurs en détail, se maintint élevée et oscillante, *et à aucun moment n'apparut le moindre autre symptôme d'Eberthémie.*

Aucun symptôme abdominal ou digestif.

Le léger état gastrique du début disparut même rapidement. Plus de vomissements, la malade avait bon appétit, la langue, quoique un peu saburrale, n'avait rien de la langue rôtie d'un typhique.

Jamais de diarrhée, pas non plus de constipation opiniâtre, aucune douleur spontanée ni à la palpation, *pas de météorisme* ni de gargouillement de la fosse iliaque.

Aucun symptôme accessoire de dothiénenterie.

Ni ulcérations du voile du palais, ni taches rosées dont la non-apparition était cependant vérifiée presque chaque jour.

Pas de splénomégalie (décelable du moins).

Pas d'albuminurie : la recherche courante de l'albumine par l'acide azotique fut faite à maintes reprises, toujours sans résultats. Le 18 novembre, un dosage de l'albumine dans les urines des 24 heures n'en révèle que 0 gr. 24 pour un litre (quantité totale).

Pas de bronchite, et, à ce propos, signalons que

les quelques râles que présenta la malade ayant attiré l'attention, on fit faire, au laboratoire bactériologique, une recherche de bacille de Koch dans les crachats après homogénéisation. L'absence de bacilles, puis la disparition complète de tout signe pulmonaire, démontrèrent bientôt l'inexistence de lésions bacillaires évolutives.

Peut-on considérer les douleurs rhumatoïdes dont se plaignait la malade comme un symptôme secondaire d'Eberthémie ? La fréquence de cette manifestation dans les typhoïdes classiques, les nombreuses formes d'arthrotypus Eberthien y inciteraient. Mais cette malade ressentit, à l'âge de 30 ans, des douleurs analogues, qui furent assez intenses à cette époque pour justifier l'application, sur le genou gauche, de pointes de feu, dont les cicatrices étaient encore visibles. Ces douleurs ne disparurent jamais complètement ; elles étaient sujettes à des exacerbations. Et, en tout cas, ce symptôme même, rapporté dans son aggravation à l'affection Eberthienne, aurait été d'un bien faible secours diagnostique. Il est bien établi en effet que le rhumatisme, les arthralgies, les arthrites même se rencontrent très fréquemment dans toute septicémie, qu'il s'agisse de mélitocoque, méningocoque, gonocoque.

D'ailleurs, il s'agissait en l'espèce de phénomènes uniquement subjectifs, sans modifications quelconques des articles, sans œdème ni épanchement.

Intégrité de l'état général.

Quoique un peu asthénique, notre malade était loin d'être prostrée. Son activité intellectuelle était absolument normale elle s'intéressait à tout, mangeant avec appétit, attendant avec impatience la fin de cette fièvre qui la retenait au lit et constituait pour elle toute sa maladie.

En effet, contrastant avec l'absence de tout autre symptôme, l'intégrité de l'état général, on note :

1°. — Persistance d'une courbe thermique irrégulière et sans caractères classiques.

Nous avons vu que, dans l'immense majorité des cas de dothiéntérie typique et même de septicémie Eberthienne atténuée et anormale, la courbe thermique présente généralement quelques caractères classiques (stade ascendant, plateau plus ou moins net, oscillations descendantes).

AU CONTRAIRE, LA COURBE THERMIQUE DE NOTRE MALADE, REPRODUITE A LA SUITE DE L'OBSERVATION, EST RADICALEMENT DIFFÉRENTE DES GRAPHIQUES EBERTHIENS ET NE PERMET DE RETROUVER AUCUN DES CARACTÈRES HABITUELS.

Chez notre malade, la température oscille d'abord irrégulièrement entre 37°3 et 38°7, jusqu'au 20 septembre au soir, où R... S... éprouve un frisson intense, avec claquement des dents, et le graphique dessine, à cette date, un clocher à 39°5.

Progressivement, la température revient à la moyenne le matin, durant trois ou quatre jours, mais le soir du 26 septembre, nouveau grand frisson, et la fièvre atteint $39^{\circ}6$ à cette date. Ce clocher reste isolé, la température du lendemain soir n'est plus que de 39° , puis 38° le surlendemain et elle oscille irrégulièrement quelques jours, avec, en moyenne, $37^{\circ}5$ le matin et $38^{\circ}5$ le soir.

Le 4 octobre au soir, nouvelle ascension thermique (précédée la veille d'un type inverse), à $40^{\circ}4$ ($38^{\circ}4$ seulement, le matin de ce même jour). C'est le plus haut degré thermique que notre malade ait présenté durant tout le cours de son affection (46 jours après le début).

Le lendemain de ce maximum, la température du matin est normale, à $36^{\circ}9$; elle remonte le surlendemain, pour se maintenir ensuite assez régulièrement oscillante autour de 38° .

Le 14 octobre, ascension nouvelle, un peu moindre cependant ($39^{\circ}2$), à laquelle fait suite une autre série d'oscillations, un peu moins élevées que les précédentes.

Le 21 octobre, nouveau bond à $39^{\circ}5$ le soir, alors que la température de la veille était seulement $37^{\circ}5$.

Le 24 octobre, le thermomètre marque $37^{\circ}1$, aussi bien le matin que le soir ; un type inverse deux jours après, et le 28 octobre, un 39° est encore enregistré.

La température se maintient alors très haute, vers 39° , jusqu'au 8 novembre, baisse légèrement durant deux jours, et le 10 novembre au soir, remonte à $39^{\circ}6$.

Durant une quinzaine de jours, suite d'oscillations descendantes de faible amplitude, et brusquement, le 1^{er} décembre, la malade éprouve, le soir, un nouveau violent frisson, ayant duré cinq minutes, et la température fait un bond à 39°2.

C'est le dernier accès ; durant les dix premiers jours de décembre, la fièvre est beaucoup moins intense, avec de très faibles écarts vespéraux. Malgré une légère recrudescence du 15 au 20 décembre, la température devient progressivement sub-fébrile vers le 1^{er} janvier, demeure telle durant environ un mois, sans accidents notables ou grands écarts, et atteint enfin l'apyrexie franche vers les derniers jours de janvier.

Peut-on dégager brièvement les grandes lignes de cette longue courbe thermique ? En somme, IL S'EST AGI D'UNE SÉRIE D'OSCILLATIONS, A MAXIMUM DE PLUS EN PLUS ÉLEVÉ, JUSQU'AU CLOCHER, SURVENANT LE SOIR ET S'ACCOMPAGNANT PRESQUE TOUJOURS D'UN FRISSON INTENSE (celui du 26 septembre dura au moins vingt minutes, avec intense claquement de dents). A ce maximum thermique, ponctué cliniquement de cet épisode, fait suite une série d'oscillations descendantes.

Ces accès fébriles sont particulièrement typiques durant tout le mois de septembre, tout le mois d'octobre, jusqu'au 10 novembre, et se reproduisent tous les sept jours environ.

Puis les accès s'espacent (tous les 16 jours) et sont moins intenses (celui du 16 décembre n'atteint que 38°7).

Le mois de janvier se passe sans accès, avec une

température subfébrile jusqu'à l'apyrexie (début de février).

2^o — Positivité des signes de laboratoire.

L'unique symptôme net de cette affection, la fièvre, ne présentait aucun caractère susceptible de mettre sur la voie du diagnostic vrai, et seules les réponses indiscutables fournies par le laboratoire permirent de ramener à sa véritable cause cette maladie, si curieusement monosymptomatique.

Leur signification est indiscutable et si le 20 septembre le séro-diagnostic ne fut positif qu'à 1/50, il devint, le 15 novembre, très positif jusqu'à 1/250. La valeur de cette réaction, chez un individu non vacciné, indemne de typhoïde antérieure, à partir de ces taux élevés, n'est pas contestable.

Le 7 octobre enfin, l'hémoculture décèle un bacille à Gram négatif, mobile, et le repiquage de ce bacille sur milieux différentiels montre qu'il s'agit de bacille d'Eberth (Docteur Lebœuf, laboratoire de Bactériologie de l'Université de Lyon).

Deux hémocultures par la suite restèrent stériles, mais le fait n'a rien qui doive surprendre. Même dans les septicémies massives, plusieurs hémocultures négatives ne signifient rien et surtout n'infirmement nullement les résultats obtenus, même une seule fois (1 sur 6 dans le cas publié par MM. Barjon et Lesieur).

Évolution.

Toute l'évolution de cette affection se confond avec le développement de la courbe thermique (dont nous avons donné le graphique) et que nous avons étudié en détail.

Il s'est agi, en résumé, nous le répétons, d'une SÉRIE D'ACCÈS FÉBRILES, S'ACCOMPAGNANT GÉNÉRALEMENT D'UN GRAND FRISSON AVEC TREMBLEMENT INTENSE.

Ces accès, d'abord répétés assez régulièrement tous les six ou huit jours, durant deux mois, affectent, du 28 octobre au 11 novembre, un rythme plus accéléré (quatre accès en quinze jours), puis s'espacent (deux accès seulement du 11 novembre au 21 décembre), puis, progressivement, s'installe l'apyrexie et la guérison peut être considérée comme acquise au début de février, après environ 160 JOURS DE MALADIE.

Pourrons-nous déduire de cette seule observation une règle clinique et dire que la Septicémie Eberthienne de type fièvre prolongée sans localisation, témoignant probablement et d'un germe peu virulent et d'un organisme résistant, évoluera fatalement vers la guérison ? Certainement, non, et ici, plus peut-

être encore que partout ailleurs, se trouve justifié ce principe : « *Il n'y a pas de maladies, mais des malades* ». Il est parfaitement logique d'admettre qu'au cours de cette longue bataille entre le bacille répandu dans l'organisation générale, et l'organisme, ce dernier fléchisse brusquement, épuise ses défenses, et qu'un épisode aigu (dothiéntérie classique, Eberthite secondaire localisée) soit ainsi l'aboutissant de cette longue septicémie presque sans symptômes.

L'observation ci-dessous, que M. le Professeur Audibert, qui l'a publiée (loc. cit.), range comme unique cas dans le cadre des « *Septicémies Eberthiennes pures chroniques* », est particulièrement démonstrative à cet égard.

OBSERVATION II

(M. le Professeur AUDIBERT, *Marseille Médical*, 1910)

Jeune fille 20 ans, née à Marseille et y ayant toujours habité. Dactylographe, sans antécédents héréditaires ou personnels.

On est appelé auprès de cette malade pour la première fois le 15 décembre 1907. Le début de son attention datait de 6 jours et avait consisté en une angine pultacée avec céphalée, vomissements, lassitude générale.

On note : 1° Une fièvre à 39°5; 2° les phénomènes sus-énoncés parmi lesquels dominent l'anorexie et la céphalée; 3° un état général relativement bon sans grande prostration; 4° l'absence de troubles intestinaux, pas de douleur abdominale, pas de ballonnement, pas de diarrhée ni constipation, pas de taches rosées.

On porte le diagnostic d'état Eberthien, sans préjuger de l'évolution vers une dothiéntérie ou un état septicémique pur.

Du 15 au 21 décembre, la température oscille entre 39 et 40, puis descend en lysis et atteint 37° le 7 janvier 1908. Durant toute cette période l'état général persiste excellent. Plus de céphalée ou d'anorexie, toujours aucun trouble intestinal ou taches rosées. La malade était assise sur son lit, lisait, recevait ses amis, s'énervait de son immobilité.

Le 27 décembre le séro-diagnostic avait été positif à 1/60.

Du 10 janvier au 27 janvier il se reproduit un léger état fébrile entre 37° et 37°8. N'était-ce une légère pâleur et un peu d'asthénie vespérale, l'état général aurait été parfait.

Du 25 janvier au 1^{er} avril, la fièvre oscille encore entre 37° et 37°6; cependant la malade ne présente rien d'anormal, sauf un peu de lassitude et un appétit « bizarre ». Le 2 février un séro fut positif à 1/60.

Elle reprend son travail le 1^{er} avril et le 5 avril un séro-diagnostic fut positif à 1/20. Le 3 avril, elle s'arrête de travailler, plus lasse que d'habitude, elle garde le lit : « L'appétit ne marche plus, j'ai eu des coliques ». Etat fébrile autour de 37°5.

LE 8 MAI, LA TEMPÉRATURE EST A 37°8, LE 10 MAI A 38°6, LE 13 A 39°3. ON NOTE ALORS DE L'ANOREXIE AVEC LANGUE SÈCHE ET SABURRALE, DES VOMISSEMENTS, DE LA DIARRHÉE JAUNE ET FÉTIDE. Céphalée intense, accablement complet. Malade prostré, les pommettes rouges avec ventre ballonné et douloureux.

Jusqu'au 20 mai, température vers 39°4. *Taches rosées abondantes. Diarrhée profuse. Kernig.* Etat général sérieux.

On transporte la malade à l'hôpital et le 25 mai tous les signes classiques de la typhoïde sont réunis : Etat typhique très accentué, troubles intestinaux au complet (diarrhée, ballonnement, sensibilité abdominale, grosse rate, température à 4°6. Le séro-diagnostic est positif à 1/150.

Les phénomènes persistent jusqu'au 2 juin. A ce moment la fièvre cède et en 4 jours tombe de 40° à 37°5 pour atteindre la normale le 8 juin et s'y maintenir définitivement.

La courbe fébrile, relevée encore durant 20 jours se maintient constamment au-dessous de la normale avec maximum de 37°. Ce détail important prouve en effet que les faibles

élévations thermiques constatées avant l'épisode typhoïde classique étaient réellement pathologiques.

Cette observation peut être, en ses grandes lignes, superposée au cas que nous rapportons, jusqu'à la fièvre typhoïde classique qui termina cette longue indisposition : même absence de signes typiques, même positivité des épreuves de laboratoire, même persistance d'un état fébrile. Remarquons cependant que, dans cette dernière observation, il s'agit d'un type thermique radicalement différent de celui par accès que présenta notre malade.

De plus, la comparaison de ces deux cas est encore intéressante à un autre point de vue : ELLE PERMET DE VÉRIFIER UNE FOIS DE PLUS LA VALEUR DE LA SÉRO-AGGLUTINATION EN TANT QUE SÉRO-PRONOSTIC. En effet, dans l'observation que nous publions, où la septiciémie devait se terminer par la guérison sans localisation quelconque, nous voyons les taux de la séro-agglutination s'élever rapidement et passer de 1 pour 50 le 20 septembre, à 1 pour 250 le 15 novembre. Au contraire, dans le cas du Professeur Audibert, la réaction d'agglutination se maintint à 1 pour 60 jusqu'à l'apparition de la localisation intestinale et n'atteint 1 pour 150 qu'au moment où la typhoïde survenue évoluait vers la guérison.

Ceci confirme d'une façon rigoureuse les travaux de M. le Professeur Paul Courmont, en 1897. (Voir « Le séro-pronostic de la typhoïde », *Thèse Lyon*, 1897 ; voir aussi *Précis de Bactériologie* de P. Courmont, 5^e édition, Doin éditeur.) Cet auteur avait

montré précisément que l'agglutination s'élève dans les cas favorables, jusqu'à la défervescence (courbe agglutinante en clocher), et qu'elle manque ou est très basse (au-dessous de 1 pour 100), dans les cas défavorables, et même diminue aux approches de la terminaison fatale.

Pour M. le Professeur P. Courmont, la courbe d'agglutination monte à mesure que décroissent les symptômes d'infection. De même, l'agglutination est absente ou minima pendant que le sang renferme beaucoup de bacilles d'Eberth, alors que l'hémoculture est, à ce moment, à coup sûr, positive ; au contraire, lorsque la courbe d'agglutination s'élève au maximum, c'est que le bacille a généralement disparu à peu près du sang. Dans notre cas, ces prévisions sont tout à fait réalisées et lorsque LES TAUX D'AGGLUTINATION ONT MONTÉ, L'HÉMOCULTURE EST DEVENUE NÉGATIVE (20 septembre sera faiblement positif, 1/50 ; 4 octobre, hémoculture positive ; 15 novembre, sera très positif, 1/250 ; 20 novembre hémoculture négative).

M. le Professeur P. Courmont attribue à la réaction d'agglutination une valeur de réaction de défense qui se développe naturellement, surtout lorsque la septicémie disparaît. Notre cas est une belle démonstration de ses théories, d'autant plus précieuse qu'il est rare de pouvoir observer les phénomènes septiciques durant une aussi longue période.

Diagnostic.

Le début si banal de cette affection ne permet pas au clinicien de poser, dès les premiers jours, un diagnostic exact. Il pourra cependant, grâce à l'absence de symptômes abdominaux, éliminer d'entre les multiples affections dont le début est marqué par une élévation thermique, des nausées, des vomissements, la crise appendiculaire, et plus généralement les PÉRITONITES, quelle qu'en soit l'origine.

L'urgence d'une intervention chirurgicale étant écartée, un traitement d'attente prescrit, on se verra dans l'obligation de guetter chaque jour l'apparition de quelque symptôme pathognomonique. Mais aucun n'apparaît et, au bout d'une semaine ou deux de fièvre sans localisation, plusieurs diagnostics pourront être mis en avant :

La GRIPPE, ce « *débarras médical* », dans lequel on entasse trop souvent tant d'affections différentes, en évitant ainsi de chercher plus avant, pourrait, à ce moment, être rendue responsable de ce tableau clinique ; mais l'absence de coryza ou trachéite, de courbature, et surtout la persistance de la fièvre, résistant au repos et à l'alitement, viendront bientôt convaincre de l'insuffisance de cette hypothèse.

On pensera peut-être aussi à un EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE, diagnostic qui, quoiqu'il encou^re, comme celui de grippe, bien des critiques, sera cependant plus fécond en résultats. Il devra, en effet, amener à éliminer une étiologie typhoïdique ou paratyphoïdique, et conduira ainsi, dès les premiers jours, à faire pratiquer séro-diagnostic et hémoculture.

Mais si rien n'attire l'attention du côté gastrique ou intestinal, si les vomissements, peu abondants, ont rapidement disparu, on pourra faire plus longtemps fausse route, et on sera ainsi amené à éliminer d'autres affections.

Dans la majorité des Septicémies Eberthiennes, il existe, en effet, quelques symptômes bronchiques ou pulmonaires. Ceux-ci vont alors contribuer à égarer le médecin et l'hypothèse D'UNE TYPHOBACILLOSE OU MÊME D'UNE GRANULIE (malgré l'absence de cyanose, de dyspnée, de stigmates tuberculeux antérieurs), pourra se poser, et ce n'est que l'absence du bacille de Koch dans les crachats, l'atténuation assez rapide des symptômes pulmonaires, alors que la fièvre persiste oscillante et élevée, qui infirmeront cette nouvelle hypothèse.

Remarquons d'ailleurs qu'un individu bacillifère, dont les lésions évoluaient jusque-là à bas bruit, pourra présenter une Septicémie Eberthienne. Il faudra alors (malgré des recherches dans les crachats plusieurs fois positives), que des auscultations fréquentes, des radioscopies répétées, amènent à se rendre compte que les lésions pulmonaires ne suffisent pas à expliquer ces accès fébriles élevés et per-

sistants. Sinon, la véritable étiologie risque fort d'être ignorée et de rester attribuée au compte de poussées tuberculeuses évolutives.

Cette courbe thermique, entrecoupée de fréquents clochers, amènera à éliminer encore L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE, et à pratiquer ainsi l'hémoculture, qui pourra soit disculper le streptocoque et révéler l'auteur de tout le mal, soit rester stérile et dans ce cas il nous semble utile de rappeler encore qu'une hémoculture négative n'écarte nullement la possibilité d'une septicémie et doit au contraire conduire à en pratiquer de nouvelles.

La FIÈVRE DE MALTE s'accompagne d'une courbe thermique différente. Il ne s'agit plus d'accès rapprochés, mais d'ondulations, développées sur sept à huit jours. L'absence d'arthrites, d'hémorragies, d'épididymite et surtout la recherche sans succès du *Micrococcus Melitensis*, la négativité du séro-diagnostic de cette affection permettront d'éliminer ce diagnostic.

En l'absence également de circonstances étiologiques, de porte d'entrée décelable, on pourra, avec l'aide toujours des examens de laboratoire, écarter l'hypothèse d'une SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

On pourrait aussi penser au PALUDISME. Dans les circonstances actuelles, le fait que la malade n'a jamais quitté la France n'est plus suffisant, en effet, pour éliminer ce diagnostic. Mais l'allure différente de la courbe thermique (accès tous les six ou huit jours), l'absence d'hypertrophie splénique notable, d'anémie, l'examen du sang indiqueraient bientôt que l'hématozoaire n'est pas en cause.

Nous bornerons là l'énumération des maladies que peut simuler la Septicémie Eberthienne de type fièvre prolongée sans localisations.

IL FAUDRAIT EN EFFET PASSER EN REVUE PRESQUE TOUTES LES AFFECTIONS FEBRILES, ET LE DIAGNOSTIC EST BASE TOUT ENTIER SUR LES EXAMENS DE LABORATOIRE : SERO-DIAGNOSTIC, HEMOCULTURE. Il suffira ainsi d'avoir présent à l'esprit la possibilité d'une manifestation Eberthienne et de demander à la bactériologie d'apporter une fois de plus son aide précieuse à la clinique, pour que soient levées toutes les incertitudes et qu'un traitement, sinon tout puissant, du moins efficace, puisse être au plus tôt institué.

Traitement.

Le traitement d'une Septicémie Eberthienne de type fièvre prolongée sans localisations doit en somme passer par trois stades.

1° AU DÉBUT, CE SERA LE TRAITEMENT COMMUN A TOUTES LES PYREXIES, qui tient avant tout en repos au lit, diète. Les antithermiques, qui agissent sur un symptôme, sans s'attaquer à la cause, doivent être administrés avec réserve ;

2° Lorsque les épreuves de laboratoire qu'un diagnostic d'élimination a conduit à faire effectuer ont, par leur réponse nette, montré que le bacille d'Eberth est en cause, LE TRAITEMENT DEVIENT CELUI DE LA TYPHOÏDE, trop connu pour que nous insistions.

3° Enfin, lorsqu'après de nombreux jours de diète lactée, on se rend compte qu'il n'apparaît aucun signe de dothiéntérie, que la fièvre se prolonge et reste l'unique symptôme, il devient de toute nécessité de relâcher le régime sévère jugé nécessaire au début. Une diète trop prolongée affaiblirait sans avantages un organisme ayant besoin de tous ses moyens pour lutter longtemps contre une infection tenace.

Notre malade a été progressivement alimentée, et les soupes et purées, aliments de transition indispensables, ont fait place bientôt à un ordinaire plus substantiel, qui a été d'ailleurs fort bien supporté.

Le repos au lit est fort utile, nous semble-t-il, tant que la fièvre est élevée. Il était cependant accepté à grand peine par notre malade.

Au point de vue médicamenteux, utiliser avec prudence, comme nous l'avons déjà dit, les antipyrétiques habituels. Au cas où l'hyperthermie deviendrait inquiétante, la balnéation reste ici, comme dans la typhoïde, le procédé de choix.

Utiliser, au contraire, largement les antiseptiques généraux. On peut essayer des métaux colloïdaux, mais, l'UROTROPINE, qui a l'avantage d'agir avec élection sur les voies biliaires, réceptacle du bacille d'Eberth, est l'antiseptique le plus utile, d'autant que, soit *ab ore*, soit par injection, il peut être continué longtemps sans inconvénients.

Il sera bon également d'user, comme dans la dothiéntérie, des toniques, alcool, adrénaline.

Mais la thérapeutique de choix, dans cette affection, dont la durée traduit probablement une sensibilisation excessive à l'égard du bacille d'Eberth ou de sa toxine, est logiquement la désensibilisation même de l'organisme par l'AUTO-VACCINATION.

Il ne nous a pas été possible, malheureusement, d'expérimenter ce traitement, les cultures n'ayant pas été conservées, et plusieurs hémocultures ultérieures pratiquées dans la suite à cette intention, étant restées stériles.

Il est un autre point sur lequel il nous paraît utile, en terminant, d'attirer l'attention :

En présence d'une Septicémie Eberthienne il est nécessaire de prendre les mêmes précautions hygiéniques qu'en présence d'une typhoïde classique.

Le malade est en effet presque aussi dangereux qu'un typhique avéré. Il peut, comme ce dernier, éliminer par ses excréta d'énormes quantités de bacilles d'Eberth. Il faudra donc :

1° Pratiquer une DÉSINFECTION SOIGNÉE EN COURS DE MALADIE (stérilisation des linges, des déjections, précautions minutieuses pour l'entourage).

2° Pratiquer également une DÉSINFECTION COMPLÈTE APRÈS MALADIE.

Et, à ce propos, la Septicémie Eberthienne doit être *légalement* assimilée à la typhoïde, et comme cette dernière entraînée la déclaration obligatoire.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme de Septicémie Eberthienne constituée uniquement par une fièvre irrégulière, prolongée durant plusieurs mois, sans aucun des symptômes cliniques qui caractérisent habituellement la fièvre typhoïde ; seuls l'hémoculture et le séro-diagnostic permettent de reconnaître l'origine Eberthienne de cette infection prolongée.

II. — Cette forme diffère à la fois de la dothiènementie classique, des formes sans ulcérations intestinales à courbe fébrile typique, et des Septicémies Eberthiennes à localisations viscérales tout à fait anormales mais manifestées.

III. — Le pronostic de cette forme particulière s'est montré favorable dans l'observation que nous rapportons. L'étude de l'agglutination a montré l'exactitude du séro-pronostic de M. le Professeur Paul Courmont.

IV. — Le traitement de cette Septicémie à bacilles d'Eberth doit être, les premiers jours, celui de toute

pyrexie, puis celui de la typhoïde. Mais lorsque s'avère l'absence de signes intestinaux, le régime doit devenir plus substantiel.

V. — Au point de vue hygiénique, il est nécessaire de prendre envers cette Septicémie Eberthienne les mêmes précautions et mesures qu'envers une dothiéntérie typique.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, Paul COURMONT.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Décembre 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et BENSAUDE. — *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1896.
- ANGLADA. — *Progrès Médical*, 1912, p. 184. Un cas de Sept. Eberth.
- AUDEMAR. — *Thèse Lyon*, 1899. Accès maniaque d'origine Eberthienne.
- AUDIBERT. — *Marseille Méd.*, 1910. Septic. Eberth. pure chronique. « Le processus éberthien » (Collect. Aide-mémoire Bréauté).
- *La Semaine Méd.*, 1910. Septic. Eberth. pure sub-aiguë.
- *Gazette des Hôp.* 22 oct. 1909.
- *Revue de Médecine*, 10 mai 1909.
- AUDIBERT et MONGES. — *La Clinique*, 1909. Septic. Eberth.
- BANTI. — Congrès de l'Assoc. Italienne, Pavie, 1887.
- *Rif. Méd.*, 1887.
- *Rif. Méd.*, 1894.
- BARJON et LESIEUR. — *Province Médic.*, 27 oct. 1900. Typhoïde sans lésions intest.
- *Journal de Physiol. et Path. génér.*, 1901, p. 250. Typhoïde sans lésions int. à forme articulaire).
- BEZANÇON et PHILIBERT. — *Bull. Soc. Med. Hôp. Paris*, 1901.
- *Journal de Physiol. et Path. génér.*, 1904, p. 74. Formes sept. de l'infect. éberthienne.
- BLUM. — *Semaine Méd.*, septembre 1907. Appendicite Eberth.
- BLUMENTHAL. — *Deutsch. Med. Woschen.*, 1902, p. 621. Typh. sans lésions intestinales.
- BOURGES. — *Archiv. Méd. et Pharmac.*, 1920. Formes extra-intest. de l'infect. Eberth.
- *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1920, 5 novembre. Deux cas de Sept. Eberth.
- BOZZOLO. — X^{me} Intern. Med. Kongrès, Berlin. Cas de Sept. Eberth.

- BROUARDEL et THOINOT. — *Traité de Méd.*, 1909.
- BRUNSHWIG. — *Thèse Strasbourg*, 1870.
- BRUNO. — *Policlinico Sect. Prat.*, f. 33, N° 42. Typh. sans lésions intestinales.
- BRYANT. — *British Med. Journal*, 1909. Broncho-pneumonie Eberth.
- CHANTEMESSE et WIDAL. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1890, p. 208. Sept. Typhoïde.
- *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.
- CHARRIN et ROGER. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1891, p. 185. Pleuro-Pneumonie à bacilles d'Eberth.
- CONRADI. — *Deutsch. Med. Woschen.*, 1907, N° 41.
- CONRADI et KAYSER. — *Deutsch. Med. Woschen.*, 11 janvier 1906.
- COURMONT (Paul). — *Thèse Lyon*, 1897. Signes de la réaction agglutinante dans la fièvre typhoïde. Séro-pronostic.
- *Pathologie générale*, Doin éditeur.
- *Précis d'Hygiène*, 5^{me} édition, 1925, Doin, éditeur.
- COURMONT et LESIEUR. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1902.
- *Journal de Physiol. et Path. génér.*, 1903. Sept. Eberth. anorm.
- COURMONT, SAVY et CHARLET. — *Journal de Physiol. et Path. génér.*, 1912, p. 134. Sept. Eberth. très atypique à loc. pulmonaire.
- COZE et FELLZ. — *Rech. Clinique et Expér.* sur maladies infect., 1902.
- DU ÇAZAL. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1893, p. 243. Fièvre typhoïde sans dothiëntenterie.
- EISELT. — X^{me} Internat. Congrès, in Berlin, avril 1890. Cas atypique de fièvre typhoïque.
- ETIENNE et THÉRY. — *Archives Générales Méd.*, 1907, p. 97. Ictère catarrhal Eberthien.
- FAVRE et DUMAS. — *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 14 juin 1921.
- FARCY. — *Thèse Paris*, 1909. Sept. Eberth. non dothiëntérique.
- GRANJUX. — *Bull. Méd.*, octobre 1909.
- GUARNIERI. — *Revue générale mal. clinique méd.*, 1892. Fièvre typhoïde et septicémie Eberthienne.

- GUIZETTI. — *Clinica Medica Italiana*, 1900. Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.
- KARLINSKI. — *Wiener Klin. Woschen.*, 1891, p. 470.
- KUMMER et TAVEL. — *Revue de chirurgie*, 1891. Thyroïdite Eberthienne.
- LAFOND. — *Thèse Montpellier*, 1910. Septic. pure subaiguë.
- LÉVY et KAYSER. — *Munch. Med. Woschen.*, 1906, p. 2434.
- LEMIERRE. — *Thèse Paris*, 1904.
- LITTEN. — *Charity Annalen*, VI, 1881, p. 103.
- LOUIS. — *Recherches sur la fièvre entéro-mésentérique*, 1897.
- MAYNAL. — *Thèse Lyon*, 1922. Sept. Eberthienne, forme anémique.
- MURCHINSON. — *La fièvre typhoïde*. Traduct. Lutaud, 1878.
- NEISSER. — *Zeitschr. f. Hygien. un Inf. Krankheiten*, juin 1896.
- PANAYOTATOU (Mlle). — *Soc. Med. Hôp. Paris*, 1920. Cholécystite Eberthienne primitive.
- PICCHI. — *Lo Sperimentale*, 1889. Typhoïde sans lésions intestinales.
- SACQUÉPÉE et CHEVREL. — *Progrès Méd.*, février 1909. Typhoïde sans lésions intestinales.
- SAVY et BOUCHUT. — *Lyon Méd.*, 1913. Sept. Eberth. Forme articulaire.
- SANARELLI. — *Annales Institut Pasteur*, 1896.
- SEITZ. — *Bakter. Student. zur Typhus Ætiologie*. Leipzig, 1886.
- SHOTMULLER. — *Deutsch. Med. Woschen.*, 1900.
— *Zeit. fur Hygien.*, 1900.
— *Munch. Med. Woschen.*, 1902.
- THUE. — *Norsk. Magazin. for Læger*. Christiania, 1889, p. 272.
- THIROLOIX (B). — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 juin 1922. Sept. Eberth. à forme d'arthrotyphus.
- VAILLARD et VINCENT. — *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1890, p. 201. Infection à bacilles d'Eberth sans lésions intest.
- WIDAL. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1900.
— *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1902.
- WYSSOKOWITSH. — *Zeit. fur Hygien.* T. I, p. 3.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	9
Introduction	11
Classification des Affections à bacilles d'Eberth..	15
I. — Les Septicémies Eberthiennes typiques.	17
A. — Typhoïde classique	17
B. — Typhoïde sans ulcérations intesti- nales	19
II. — Les Septicémies Eberthiennes très aty- piques	24
A. — Septicémies Eberthiennes avec loca- lisations ou manifestations anormales	24
Observation d'une Septicémie de type fièvre pro- longée sans localisations	29
Etude clinique.....	37
Symptomatologie	38
Evolution	46
Pronostic	51
Traitement	55
Conclusions	59
Bibliographie	61
